Rok XXXIII. Kraków 12. Maja 1894 r. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3⅛ „	6 „

TREŚĆ: I. MAYZEL: Przyczynek do leczenia kiły wstrzykiwaniami oleju szarego (ciąg dalszy). — II. BARĄCZ: Przypadek całkowitego wykluczenia jelita ślepego; zastósowanie płytek z brukwi w ileokolostomii sposobem Senna. Wyleczenie (ciąg dalszy). — III. LACHOWICZ: O bakteryach w worku spojówkowym oka zdrowego (ciąg dalszy). — IV. *Oceny i sprawozdania.* LOMBROSO i FERRERO: Das Weib als Verbrecherin und Prostituirte. Anthropologische Studien gegründet auf eine Darstellung der Biologie und Psychologie der normalen Weiber. Autorisirte Uebersetzung von Dr. H. Kurella. — *Okulistyka.* VELHAGEN: Czy pokrewieństwo rodziców może być przyczyną znacznej myopii potomstwa? — CZERMAK: Modyfikacya kantoplastyki. — *Patologia.* KAHANE: O żywych pasorzytach, znalezionych we krwi chorych na raka oraz w komórkach rakowych. — *Fizyologia.* NENCKI: O powstawaniu kwasu żołądkowego. — *Zapiski terapeutyczne.* — V. KRYŃSKI: XI-ty Zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie 1894 r. (ciąg dalszy). — VI. *Wiadomości bieżące.* — VII. *Ogłoszenia.*

I. Z oddziału chorób wenerycznych i skórnych Doc. Dra Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do leczenia kiły wstrzykiwaniami oleju szarego.

Napisał
Dr. Tadeusz Mayzel,
sekundaryusz oddziału.

Odczyt w dniu 4. Października 1893 roku w Towarzystwie lek. krak.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Doświadczenia powyższe upoważniają mię do następujących wniosków:

I. Zgodnie z doświadczeniami prof. Langa łagodne formy kiły ustępują szybko, bo wysypki skórne znikają nieraz już po dwóch wstrzykiwaniach; również ustępują szybko zmiany kiłowe na błonach śluzowych i to nawet bez pomocy leczenia miejscowego.

Cięższe formy (guzkowe) ustępują powolniej, jednak w każdym razie prędzej, aniżeli po żółtym tlenku rtęci, lub chlorku rtęciowym.

Olej szary nie zapobiega występowaniu świeżych wykwitów kiły na skórze, co o tyle nie zmniejsza wartości oleju szarego, skoro wiadomo, że nawet przy najenergiczniejszem leczeniu rtęciowem wydarza się toż samo. Dlatego przypadki tego rodzaju nie mogą osłabiać wartości oleju szarego, skoro w przeważnej liczbie przypadków otrzymaliśmy pomyślne i pożądane wyniki lecznicze.

II. Wstrzykiwania oleju szarego nie wywołują w porównaniu do innych metod leczenia ogólnego żadnych cięższych objawów ubocznych, zawisłych od działania swoistego rtęci; zaznaczyć jednak należy, że przypadki lekkiego zatrucia rtęciowego są — o ile wnosić mogę z doświadczeń powyższych — przeciwnie, jak to twierdzi prof. Lang, dość częste (na 39 przypadków 6 razy), lecz nie przybierają one znaczniejszego nasilenia i przeważnie ustępują w przerwach między wstrzykiwaniami. Tylko w dwóch przypadkach musieliśmy przerwać leczenie z powodu zajęcia dziąseł i wewnętrznej strony policzków. (zob. przypadek 37.).

III. Dawki oleju szarego, potrzebne do usunięcia zmian kiłowych powrotnych, zgadzają się z ilością, podaną przez prof. Langa; wynoszą one razem średnio 0·40 *ol. ciner. mitis.* Natomiast dostrzegliśmy, że w przypadkach kiły świeżej, jeszcze nie leczonej i to w większej części przypadków wyleczonych, ilość wprowadzonego do ustroju oleju szarego jest stósunkowo znacznie mniejsza, niż podaje to Lang (1·50 — 2·00 *ol. mite* według Langa). Dotąd bowiem nie przekroczyliśmy jeszcze ilości 1·10 *ol. ciner. mitis* (średnio 0·69) a przecież w większej części przypadków zmiany kiłowe, nawet dość znaczne ustąpiły zupełnie. Zwrócić tu wypada jeszcze uwagę na jednę okoliczność, że w leczeniu kiły, według przyjętej w naszym oddziale zasady, zwracamy zawsze baczne oko w pierwszym rzędzie na stan ogólny chorego i w każdym przypadku staramy się postawić ustrój zakażony w jak najkorzystniejszych okolicznościach, bądź to przez odpowiednią dyetę, bądź też przez stósowanie leków, mających na celu poprawienie ogólnego stanu zdrowia.

IV. Co do czasu, w jakim recydywy występują i ich rodzaju, naturalnie z powodu krótkiego czasu doświadczeń, własnego przekonania nabrać jeszcze nie mogliśmy, zastrzegając to sobie na później; dziś polegać należy na zdaniu Langa, który i pod tym względem bardzo ceni olej szary.

V. Na ostatniem miejscu zastanowić się wypada nad wartością techniczną injekcyi oleju szarego. Tutaj wyniki nasze nie zgadzają się z publikacyą prof. Langa. We wszystkich bowiem prawie przypadkach, w których używano wstrzykiwań podskórnych w plecy, tworzyły się — jak to przytoczono w kazuistyce — nacieki głębokie, bolesne, które zrazu bardzo nieznaczne, powiększały się dopiero w kilka dni po wstrzykiwaniu i dochodziły do wielkości orzecha włoskiego a które w czterech miejscach przeszły w ropnie, w innych zaś uległy bardzo powoli wessaniu, przyczem jednak stan ogólny chorego nigdy na tem nie cierpiał.

Że tworzenie się tych nacieków nie zawisło chyba od błędu w wstrzykiwaniu, przemawiałaby za tem ta okoliczność, że ze wstrzykiwania innych przetworów rtęciowych, rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych, które w ciągu lat zrobiono w naszym oddziale, nie mieliśmy żadnego ropnia w miejscu wstrzyknięcia. Wszystkich ostrożności, polecanych przy wstrzykiwaniach przez prof. Langa, przestrzegaliśmy pilnie.

Przetwór, sprowadzony wprost ze źródła, zasługuje chyba również na zaufanie tak, iż ostatecznie tworzenie się tych nacieków trudno sobie inaczej wytłómaczyć, jak tylko względną płytkością wstrzykiwań w tkankę komórkową podskórną, która w ogólności do wstrzykiwań przetworów nierozpuszczalnych niebardzo się nadaje. W ostatnich dwóch miesiącach znieśliśmy z powodu tej znacznej reakcyi injekcye podskórne a rozpoczęliśmy wstrzykiwać olej szary miąższowo w pośladki (czego prof. Lang wprawdzie nie zaleca, jakkolwiek nie objaśnia przyczyny tego przeciwwskazania) i doznaliśmy przyjemnego zdziwienia, gdyż dotąd w żadnym przypadku — a zrobiono takich injekcyj około 200 — nie stwierdziliśmy ani wybitniejszego nacieku, ani też bólów, trwających nieraz godzinami, jak się to wydarza przy innych przetworach rtęciowych osadowych. (W dwóch przypadkach stwierdzono powierzchowne ropienie, co zdaje się pochodziło od zanieczyszczenia przetworu, gdyż użyto jego resztek). Jeżeli zatem wstrzykiwania miąższowe oleju szarego, okażą się w dalszym ciągu tak wygodnemi, jak dotąd, to istotnie pod tym względem metodzie tej nic zarzucić się nie da.

A teraz jeszcze jedno pytanie? Jakie stanowisko zająć nam wypada wobec przeciwników oleju szarego; czy mianowicie polegając na wywodach prof. Langa, pominąć należy milczeniem zarzuty, czynione przez Dra Hallopeau, prof. Kaposiego, doc. Dra H. Hebrę, czy też choćby częściowo uwzględnić zarzuty i liczyć się z nimi? Aby na to pytanie odpowiedzieć, musimy sobie przywieść na uwagę, w jakiej formie, w jakim czasie i jakiej ilości następuje wessanie i wydzielanie się rtęci z ustroju, wprowadzonej w postaci przetworów nierozpuszczalnych. W jakiejkolwiek formie wprowadzi się rtęć do ustroju, musi ona najprawdopodobniej krążyć we krwi w postaci rozpuszczalnej, a zatem przedewszystkiem utlenia się wprost i wchodzi następnie w połączenie z białkiem ustrojowem, w końcu zaś jako białkan rtęciowy, rozpuszczalny, zostaje wessaną i złożoną w różnych tkankach, zkąd drogami wydalin ustrojowych wychodzi z organizmu. Czy przyjmiemy zgodnie z Paschkisem, że pierwotnie rtęć utlenia się w ustroju, zanim wejdzie w połączenie z białkiem ustrojowem, czy zgodnie z Overbeckiem, że najpierw utleniona rtęć łączy się z chlorem w sublimat a dopiero następnie z białkiem, czy też wreszcie, że rtęć metaliczna łączy się wprost z białkiem, zawsze każda z tych teoryj przyjmuje przemianę rtęci w przetwór rozpuszczalny. Naturalnie do przemiany takiej potrzeba pewnego czasu a to stósownie do postaci i ilości wprowadzonego przetworu rtęciowego. Że najwięcej czasu do wessania potrzebuje rtęć metaliczna, potem przetwory nierozpuszczalne a w końcu przetwory rozpuszczalne, to z teoryi powyższej wprost wypływa.

(Dokończenie nastąpi).

II. Przypadek całkowitego wykluczenia jelita ślepego; zastósowanie płytek z brukwi w ileokolostomii sposobem Senna. Wyleczenie.

Podał

Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Z dwiema rycinami).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Badanie dnia 5. Sierpnia 1893. wykazuje: Chłopiec miernie zbudowany, licho odżywiony, cera twarzy zdrowa, wargi i dziąsła blade. Brzuch płaski. Po stronie prawej brzucha dostrzedz można na 5 cm. powyżej kolca przedniego górnego (*spina anterior superior*) lekkie wzniesienie powłok, płaskie, rozlane. Za obmacaniem wykryto w brzuchu po stronie prawej, w środku linii łączącej kolec przedni górny z pępkiem guz twardy, gładki, wielkości sporego jaja kurzego. Guz ten jest nieco bolesny, ruchomy osobliwie w kierunku od góry ku dołowi, mniej ruchomy w kierunkach bocznych. Po wypróżnieniu przewodu pokarmowego olejem rącznikowym, guz ten występuje nieco wybitniej. Wywołanie sztuczne wzdęcia brzucha przez podanie wewnętrzne mięszaniny musującej, nie przyczynia się do wyświecenia położenia guza. Rozpoznano nowotwór złośliwy kiszki ślepej.

Dnia 12. Sierpnia po południu podano choremu olej rącznikowy a dnia 13. Sierpnia 1893. o godzinie 9. rano przystąpiono do laparotomii przy łaskawej pomocy Drów Schramma i Piseka. Przed samą operacyą wstrzyknięto podskórnie 0·015 morfiny. Narkoza chloroformem naprzemian z eterem. Cięcie skórne poprowadzono od punktu tuż powyżej więzu Pouparta, prowadząc je pionowo ku górze ponad obrzękiem do długości 10 cm. Po otwarciu jamy brzusznej wkroczono dwoma palcami w głąb i z łatwością odszukano obrzęk, leżący jednak dość głęboko. Guz okazał się wielkości pomarańczy średniej wielkości i nie dawał się wydobyć na zewnątrz. Dopiero po przedłużeniu cięcia w powłokach brzusznych ku górze na 4 cm. dał się guz wydobyć z trudnością na zewnątrz.

Obrzęk zajmował jelito ślepe a od dołu można było z łatwością wykazać wchodzący w nie koniec jelita biodrowego, wgłobiony w jelito ślepe i zrosły z niem zupełnie. W obrzęku znaleziono od tyłu guz bardzo twardy, wielkości małego jaja kurzego; z przodu można było wykazać kilka ciał ruchomych wielkości orzecha laskowego, które można było uważać za wgłobione *appendices epiploicae*.

Zrazu zamierzałem wykonać tylko enteroanastomozę jelita biodrowego, położonego tuż powyżej obrzęku z jelitem grubem wstępującem, t. j. częścią znajdującą się poniżej obrzęku. Wobec tego, że guz w tylnej części obrzęku wydawał mi się nowotworem złośliwym i ze względu na wiek chorego operacya doszczętna wydała mi się zabiegiem racyonalniejszym i zdecydowałem się na resekcyę jelita wraz z obrzękiem, pomimo tego, że kreska była stósunkowo bardzo krótka. Plan miałem przytem następujący: przeciąć jelito biodrowe i okrężnicę wstępującą, zaszyć ślepo obwodowe końce resekowanych jelit, przeciąć i podwiązać częściowo *en masse* kreskę i wyłuszczyć nowotwór; następnie połączyć resekowane i ślepo zaszyte końce jelita biodrowego i okrężnicy wstępującej za pomocą szwu płytkowego z brukwi sposobem Senna.

W tym celu, po usunięciu palcami kału, założyłem dwa uciskadła Makinsa na jelicie biodrowem, przeciąłem je na poprzek nożyczkami, wgłobiłem koniec doprowadzający ku wnętrzu[1]) i zaszyłem ślepo szwem kuśnierskim jednopiętrowym. Podobnie postąpiłem sobie z jelitem grubem, wstępującem z tą różnicą, że tu wgłobiłem i zaszyłem ślepo koniec odprowadzający; tu jednak musiałem podwiązać kilka krwawiących tętnic przed wgłobieniem.

[1]) Postępowanie Senna.

Przystąpiłem do resekcyi jelita biodrowego i ślepego wraz z nowotworem i okrężnicy wstępującej. W tym celu podwiązałem częściowo *en masse* najpierw kreskę należącą do jelita biodrowego i przeciąłem klinowo częściowo dość znaczny kawał kreski. Natrafiwszy przy dalszej resekcyi kreski na znaczne trudności z powodu znacznej głębi i mocnych zrostów, zaniechałem na razie dalszej resekcyi kreski jelita biodrowego i przystąpiłem do resekcyi *mesocolon*. Tu natrafiłem na znaczniejsze jeszcze trudności z powodu krótkości *mesocolon* i znacznych w niem naczyń.

Ponieważ operacya trwała już $1^1/_2$ godziny a jeszcze pozostawała znaczna część kreski do resekcyi, ponieważ kreska okazała się bardzo grubą i w naczynia bardzo obficie zaopatrzoną a nadto nie dawała się obejść dokoła palcem dla zrostów, ponieważ nadto odkryto pasmo grube, odchodzące od jelita ślepego ku dołowi i na zewnątrz, które wydawało się światłem jelita (prawdopodobnie światło przyrosłej pętli jelita cienkiego), odstąpiłem od dalszego zabiegu wyłuszczania.

Pozostawały mi trzy sposoby zakończenia operacyi: albo przez wszycie końca okrężnicy wstępującej w powłoki brzuszne i zaszycie ślepe końca resekowanego jelita biodrowego, albo przez wszycie obu końców resekowanych w powłoki brzuszne (wykluczenie częściowe), albo wreszcie przez zaszycie ślepe obu końców resekowanych tak jelita biodrowego, jak i okrężnicy wstępującej (wykluczenie zupełne).

Wybrałem ostatni sposób, t. j. zeszyłem ślepo po wgłobieniu najpierw koniec resekowany jelita biodrowego, następnie koniec okrężnicy wstępującej podobnie, jak to uczyniłem poprzednio z częściami przeznaczonemi do ileokolostomii. Nakoniec wykonałem ileokolostomię sposobem S e n n a. Użyłem przytem płytek z brukwi przyrządzonych od 2 dni [1]). Wymiary obu płytek były następujące: długość $6^1/_2$ cm., szerokość 2·7 cm., grubość 0·5 cm., długość otworu centralnego 5 cm. Po usunięciu kału palcami od ślepo zaszytego końca jelita biodrowego i założeniu uciskadła, naciąłem jelito biodrowe w odległości około $3^1/_2$ cm. od ślepo zaszytego końca na wolnym brzegu, wprowadziłem płytkę, uskuteczniłem skaryfikacyę błony surowiczej i przeszyłem przez ścianę jelita szwy ustalające. Podobnie postąpiłem ze ślepo zaszytym końcem obwodowym jelita grubego, tylko cięcie zrobiono tu przez pomyłkę nieco za blisko przyczepu kreski zamiast na wolnym brzegu jelita (naprzeciw przyczepu kreski). Następnie założyłem rzadki szew kuśnierski z cienkiego jedwabiu na wewnętrznych brzegach płytek, związałem wszystkie szwy płytkowe i założyłem znów rzadki szew kuśnierski na zewnętrznych brzegach i końcach płytek. Miejsce enterorafii przykryłem i obwinąłem siecią większą.

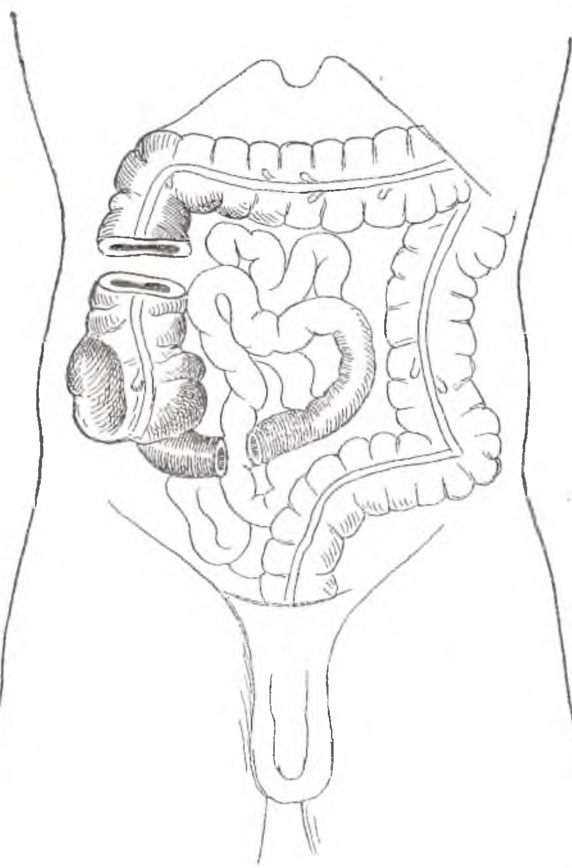


Fig. 1.

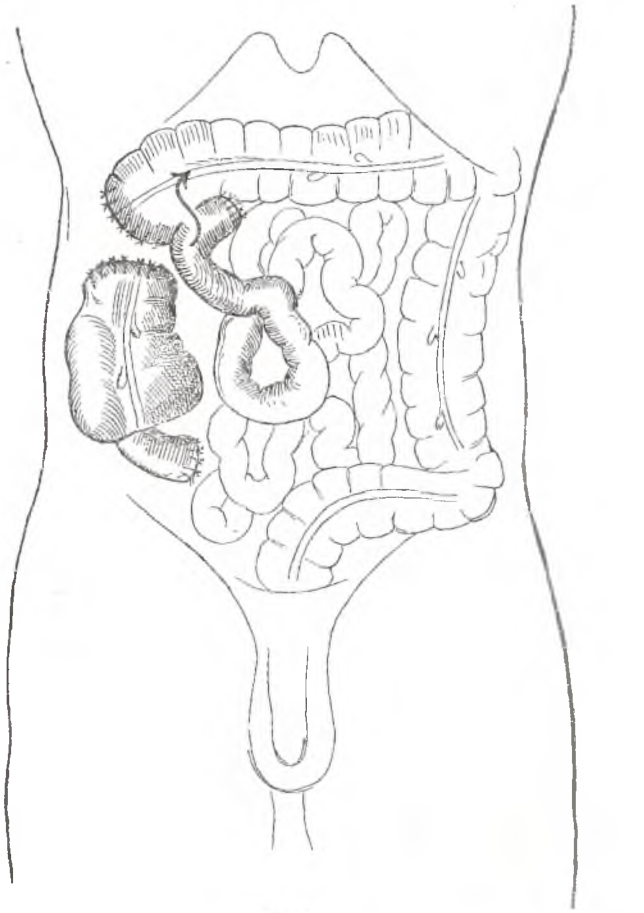


Fig. 2.

Po oczyszczeniu jamy brzusznej gazą wygotowaną w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej i dobrze wyduszoną zaszyłem jamę brzuszną, założyłem 4 szwy głębokie obejmujące otrzewnę ścienną, później szwy węzełkowe głębsze a wreszcie szew powierzchowny kuśnierski. Opatrunek jodoformowy. Operacya trwała 2 godziny. Chory przy końcu operacyi znajdywał się w dość znacznym zapadzie, tętno 120, wargi blade. O r d y n a c y a: bańki gorące w nogi, podawanie łyżeczkami mocnego wina a w razie pragnienia wody przegotowanej.

P r z e b i e g p o o p e r a c y j n y.

Zapad ustąpił do wieczora. Ciepłota podniosła się w dniu operacyi do 38·0, później stan bezgorączkowy. Od 2-go dnia po operacyi wystąpiły uporczywe wymioty i bardzo znaczne wzdęcie brzucha, utrzymujące się przez trzy dni. Wymioty ustąpiły po wstrzymaniu zupełnem odżywiania przez usta i po podawaniu lawatyw odżywczych (z kleiku, peptonu Kemmericha i koniaku) przez kilka dni po operacyi. Wzdęcie brzucha ustąpiło po zastosowaniu worka z lodem na powłoki brzuszne, wlewań wysokich z wody ciepłej z solą i po wprowadzeniu drenu grubego do odbytnicy na kilka dni. Drugiego dnia po operacyi wystąpiła uporczywa czkawka i rozpierający ból w brzuchu z powodu znacznego wzdęcia, które ustąpiły po stosowaniu podskórnem morfiny. Od drugiego dnia po operacyi wystąpiły trudności z oddawaniem moczu,

[1]) Płytki te były za wiotkie, ponieważ nie były świeżo przyrządzone, lecz 2 dni mokły w wodzie.

utrzymywały się przez kilka dni tak, iż trzeba było chorego kateteryzować. Tętno spadło drugiego dnia po operacyi do 100 uderzeń na minutę a 3-go dnia po operacyi do 80 uderzeń. Oddech przez następny dzień po operacyi był również znacznie przyspieszony, liczba oddechów dochodziła do 40 na minutę; od 4-go dnia po operacyi liczba oddechów była prawidłowa. Pierwsze wiatry odeszły 16. Sierpnia, t. j. 3-go dnia po operacyi, 18. Sierpnia zaś t. j. 5-go dnia po operacyi miał chory pierwszy obfity stolec. Śladu płytek nie znaleziono w stolcach.

Dnia 19. Sierpnia wieczorem ciepłota podniosła się do 37·9 i wystąpił ból w ranie. Przy niezwłocznej zmianie opatrunku znaleziono górną część rany zaczerwienioną; dlatego wyjąłem kilka szwów węzełkowych.

Dnia 20. Sierpnia rano ciepłota 38·0, dlatego ponowna zmiana opatrunku; po rozerwaniu zaczerwienionej górnej części rany, natrafiono na mały ropień, z którego wydobyto łyżeczkę kawową ropy.

Od dnia 28. Sierpnia, t. j. 15-go dnia po operacyi chory wstaje z łóżka i przechadza się.

Dnia 29. Sierpnia rana zupełnie zabliźniona.

Od dnia 22. Sierpnia pozwolono choremu spożywać pokarmy na wpół stałe, od dnia 24. Sierpnia zaś pokarmy stałe.

Ciepłota podniosła się raz jeszcze do 38·4 dnia 7. Września skutkiem błędu dyetetycznego; po podaniu olejku rącznikowego i obfitym stolcu opadła trwale do stanu prawidłowego.

Chory odjechał do domu dnia 30. Września w następującym stanie: cera blada, wargi blade. Na brzuchu po stronie prawej znajduje się blizna równoległa do linii białej na $9^1/_2$ cm. długa, różowo zabarwiona. Wypuk wykazuje wszędzie na brzuchu odgłos bębenkowy; tylko na zewnątrz od blizny pomiędzy ostatniem żebrem a grzebieniem kości biodrowej znajduje się stłumienie. Przez omacywanie nie można wykazać w brzuchu żadnego obrzęku; jedynie po stronie prawej na zewnątrz od blizny czuć nieco większy opór, aniżeli po stronie lewej brzucha. Bóle, wymioty, przelewania się pokarmów, uporczywe zaparcia stolca ustąpiły trwale a chory czuje się obecnie zupełnie zdrowym.

Chory zgłosił się dnia 27. Października w zupełnem zdrowiu. B a d a n i e wykazuje: wejrzenie dobre, cera twarzy czerstwa, wargi różowe. W odległości 1 cm. na zewnątrz od górnego końca blizny a w odległości 2 cm. poniżej łuku żebrowego wyczuć można przy obmacywaniu powłok brzusznych mały rozstęp w mięśniach brzusznych. Rozstęp ten da się wyczuć w postaci dołka otoczonego dokoła ostro odgraniczonym brzegiem. W otwór ten daje się wprowadzić koniec palca średniego. Przy kaszlu nie można wykazać wypuklania się jelit w tem miejscu. Za obmacywaniem i opukiwaniem brzucha wynik badania zupełnie prawidłowy; w okolicy jelita ślepego nie można wykryć żadnego stwardnienia. Chory waży 41 kilogramów.

Polecono używanie lekko uciskającej peloty na rozstęp w powłokach brzusznych.

Chory zgłosił się 14. Grudnia. Stan ten sam. Waży $42^3/_4$ kilogramów.

Chory zgłosił się następnie dnia 14. Stycznia b. r. a więc w pięć miesięcy po operacyi. Stan ten sam; waży obecnie 46 kilogramów a więc od końca Października do połowy Stycznia b. r. przybyło mu 5 kilogramów na wadze.

Chory zgłosił się do mnie w zupełnem zdrowiu dnia 22. Lutego 1894. a więc w $6^1/_2$ miesięcy po operacyi. Utył na twarzy, wygląda czerstwo, waży 46 kilogramów [1]).

Przypadek mój powyżej opisany jest z wielu względów pouczającym. Najpierw różni on się od trzech, dotychczas znanych przypadków wykluczenia jelita ślepego na osobie żyjącej tem, że w y k l u c z y ł e m w n i m j e l i t o t o z u p e ł n i e t. j. z a s z y ł e m ś l e p o o b a k o ń c e. Przyczyną były następujące okoliczności: Wykluczając niezupełnie byłbym naraził chorego na znaczne niedogodności przetoki kałowej, której usunięcie mogło wymagać powtórnego zabiegu. Powtóre znane mi były przypadki zupełnego wykluczenia jelita u psów, w których zwierzęta te zabieg zupełnie dobrze zniosły i żyły całymi miesiącami (do 10 miesięcy) nie objawiając żadnego stanu chorobowego; sekcya wykazywała u nich ściany jelita wykluczonego prawidłowe a treść w wykluczonej pętli była bardzo skąpa (przypadki S a l z e r a i K l e c k i e g o). Wreszcie przypadki niezupełnego wykluczenia jelita na osobie żyjącej opisane przez F r a n k a i E i s e l s b e r g a pouczyły mnie, że wykluczona pętla u człowieka nie wydziela prawie wcale kału [1]). Wykluczając więc zupełnie jelito w swoim przypadku, opierałem się nie tylko na wynikach doświadczeń na psach, ale także i na (skąpem wprawdzie) doświadczeniu klinicznem.

(Dokończenie nastąpi).

[1]) Zgłosił się nakoniec już podczas korekty niniejszej pracy dnia 6. Maja r. b. a więc prawie w 9 miesięcy po operacyi w zupełnem zdrowiu.

[1]) W przypadku F r a n k a przetoka jelita biodrowego zwęziła się już po kilku dniach do wielkości grochu, przetoka jelita grubego zaś wydzielała tylko skąpą ilość śluzu. W przypadku E i s e l s b e r g a przetoka tylko w pierwszym dniu po operacyi wydzieliła odrobinę kału, następnie wydzielała tylko bardzo mało śluzu.

III. Z Zakładu hygienicznego prof. O. Bujwida w Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O bakteryach w worku spojówkowym oka zdrowego.

Podał
Dr. S. Lachowicz z Wilna.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Przechodząc nareszcie do dalszych szczegółów pracy Ficka, muszę również choć pokrótce roztrząsnąć sposób brania przez niego materyału z worka spojówkowego tak dla badania mikroskopowego, jak dla szczepienia na gruntach pożywczych, oraz ewentualne szczepienie czystej hodowli królikom. Jak wyżej przytoczyłem, autor zwykle brał do celów pierwszych dwóch kategoryj platynowem uszkiem sterylizowanem kawałeczki śluzu (*Schleimflocken*) z załamka spojówkowego dolnej powieki, lub też w okolicy mięska łzowego (*caruncula lacrymalis*) i tylko w razach, kiedy już nie mógł dostrzedz najmniejszego śladu pożądanego strzępka śluzu, brał czystą ciecz łzowo-śluzową. Niewątpliwie, że w przytoczonym sposobie autora dostrzega się pewna jednostronność, przynajmniej co do zdrowych worków spojówkowych. W rzeczy samej, wszak chodzi o zbadanie bakteryologiczne treści zdrowych worków spojówkowych, czyli innemi słowy o zbadanie prawidłowej wydzieliny spojówkowej, jako produktu fizyologicznego; wydzielina zaś ta, jak wiadomo, w stanie prawidłowym zawsze jest płynem wodnistym, nie zawierającym w sobie żadnych widocznych strzępków śluzowych, które w oku zdrowem tworzą się tylko czasowo (n. p. z nocy) i wyłącznie niemal w kąciku wewnętrznym oka jako następstwo wysychania cieczy łzowo-śluzowej; jest to więc produkt raczej patologiczny niż fizyologiczny a w takim razie nie rozumiem dobrze, dlaczego Drowi Fickowi chodziło przedewszystkiem o śluz a o wiele mniej o ciecz łzowo-śluzową, produkt fizyologiczny. Jakkolwiekbądź badania jednoczesne

i śluzu (*Schleimflocken*) i cieczy łzowo-śluzowej kilkakrotnie powtarzane, uważałbym w takich razach za najbardziej wyczerpujące. Co do szczepienia czystej hodowli królikom, to przedewszystkiem ten zarzut muszę zrobić autorowi, że ograniczał się wyłącznie do szczepienia w rogówkę; zdawałoby się, iż bakterye niby z worka spojówkowego należało przedewszystkiem weń zaszczepić a dopiero potem w rogówkę. Zresztą według mnie doświadczenia te autora zyskałyby o wiele więcej na dowodach przekonywających, jeżeliby je robiono na królikach rzekomo już znanych co do obecności drobnoustrojów w ich workach spojówkowych a mianowicie w ten sposób, żeby się wstrzykiwało czystą hodowlę raz do worka spojówkowego całkiem zdrowego oka z zapisywaniem następujących objawów, drugi raz zaś do takiegoż worka, lecz z uszkodzoną sztucznie w ten lub ów sposób rogówką; w ostatnim przypadku drugie oko tegoż zwierzęcia mogłoby służyć za kontrolujące, w któremby cały przebieg i zejście podobnegoż sztucznego uszkodzenia rogówki, lecz tylko bez zaszczepienia do worka hodowli drobnoustrojów, możnaby jednocześnie obserwować dokładnie. W taki sposób wykonane doświadczenia miałyby niewątpliwie tę zaletę, że dwa czynniki, sztuczny uraz i bakterye, byłyby całkiem od siebie oddzielone i wpływ każdego z nich wystąpiłby wyraźnie i dokładnie. Co się tyczy następnie należących tu badań Felsera i Fernandeza, to nie mając ich niestety w oryginale, zmuszony jestem sądzić o nich na podstawie krótkich referatów. Felser[1]) ze 104 przypadków badania bakteryologicznego treści (*Inhalt*) worka spojówkowego (za pomocą szczepienia na agarze) w 6-ciu przypadkach otrzymał wynik ujemny (na agarze hodowli nie było), wreszcie zaś miał czyste kolonie drobnoustrojów, z pomiędzy których wspomina o białym *diplococcus* i gronkowcu złocistym, w ogóle (*staphylococci*), dodając, że w oczach z nieżytem znajdywał je w większej ilości. Fernandez[2]) w Hiszpanii prawie jednocześnie z badaniami A. E. Ficka w Wircburgu badał bakteryologicznie 37 razy worki spojówkowe u 16 lekarzy i studentów, przyczem w ogóle wykrył w 30 razach ziarniki, w 5 razach prątki, raz *saccharomyces*, 6 razy *staphylococcus pyogenes aureus*, 12 razy *micrococcus cereus albus* i 4 razy *staphylococcus habanensis Gibier*. Jak widzimy, obaj autorowie znajdywali w przeważnej liczbie ziarniki i o wiele rzedziej prątki. My jednak wyniki tych badań przyjmujemy z pewną ostrożnością, gdyż nie znajdujemy w nich najważniejszych dla siebie wskazówek co do tego, na jakich mianowicie oczach robiono badania; z tej też przyczyny nie możemy ich użyć do porównania z wynikami własnych swoich badań.

Przystępując ze swojej strony do niniejszej pracy, uważałem za niezbędne dla otrzymania bardziej rozstrzygających wyników wykonać następujące badania: 1) przeprowadzić doświadczenia na jak największym materyale, 2) każdą osobę poddawać badaniu co najmniej dwukrotnie a nawet trzechkrotnie, 3) materyał do badania, śluz i ciecz łzowo-śluzową brać z różnych miejsc worka spojówkowego i badać go najpierw bezpośrednio pod mikroskopem a następnie za pomocą szczepienia na jak największej ilości rozmaitych gruntów pożywczych, 4) czystą hodowlę każdego drobnoustroju zaszczepiać do worka spojówkowego zwierzętom, obserwując klinicznie następstwa zaszczepienia, oraz badając jednocześnie bakteryologicznie wydzielinę worka spojówkowego danego zwierzęcia. Niestety podołać wszystkim tym zadaniom przy największych chęciach nie mogłem dla ważnych powodów osobistych. To też z tego powodu zakres pierwotnego programu musiałem znacznie zwęzić, ograniczając się do niektórych tylko jego punktów. Przedewszystkiem więc w swoich doświadczeniach nie uwzględniłem badania mikroskopowego wydzieliny worka spojówkowego, stósując natomiast wyłącznie metodę biologiczną, jako czulszą, za pomocą szczepienia wydzieliny na podłożach. Taki sposób postępowania znajdował poniekąd swe usprawiedliwienie w spostrzeżeniu, że hodowle ze zaszczepienia cieczy łzowo-śluzowej były zazwyczaj nader nieobfite (1—2—3 pojedyncze kolonie), z czego można było wnosić, że w ogóle ilość bakteryj w zdrowym worku spojówkowym (jeżeli nawet one tam są) jest bardzo niewielka a więc i badania mikroskopowe wydzieliny nie mogą tu mieć istotnego znaczenia. Co do gruntów pożywczych, to tu także ograniczyłem się do główniejszych: agaru i żelatyny, wychodząc z tej zasady, iż agar i żelatyna, stanowiące w ogóle najprzyjaźniejsze podłoża dla rozwoju większości znanych drobnoustrojów, tak niewinnych jak nawet i chorobotwórczych, wystarczą dla wykazania ich w zdrowym worku spojówkowym; zresztą muszę się przyznać, iż mi nie chodziło tu tyle o dokładną klasyfikacyę drobnoustrojów, ile o przekonanie się, o ile można, o ich obecności lub nieobecności w zdrowym worku spojówkowym.

Wszystkie swoje badania przeprowadziłem wyłącznie na zdrowych workach spojówkowych. Mimochodem muszę oświadczyć, iż za takie uważałem wszystkie worki spojówkowe, które nie przedstawiały żadnych widocznych cech chorobowych, tak przedmiotowych jak podmiotowych. Uczucia podmiotowe w oczach każdej osoby tem łatwiej dawały się wykazać, iż miałem do czynienia przeważnie z ludźmi inteligentnymi (młodzi lekarze, studenci i tylko wyjątkowo służba zakładowa). Oczy z wyraźnymi objawami nieżytu przewlekłego oraz poczynającej się jaglicy (odosobnione ziarnka jaglicze na obu powiekach) usuwano stanowczo od badania.

Zanim jeszcze przejdę do wyników tych badań, powiem kilka słów ogólnie o samej metodzie badania, jednakiej we wszystkich przypadkach, a to celem uniknięcia niepożądanych powtarzań w dalszem traktowaniu pracy; drucik platynowy, zagięty na końcu w uszko (*Platinöse*), starannie wyjałowiony w płomieniu palnika gazowego, przeprowadzałem 3 razy po spojówce załamka dolnej powieki w kierunku od wewnątrz ku zewnątrz i ujętą tym sposobem odrobinę cieczy łzowo-śluzowej zaszczepiałem na pochyłą powierzchnię agaru w probówce; probówkę niezwłocznie stawiano do termostatu w temperaturze 37—38° C. Zwykle już po upływie 20—24 godzin (w razie zaszczepienia ze skutkiem) w takiej probówce dostrzega się rozwijanie hodowli pewnego drobnoustroju (zazwyczaj bardzo nieobfitej), która postępuje w swym rozwoju nie z jednakową szybkością we wszystkich przypadkach. Niekiedy jednakże hodowla się ukazuje nie na drugi, lecz zaledwie na trzeci, czwarty dzień po zaszczepieniu a tylko w wyjątkowych razach nieco później. Przy tem najczęściej trzymałem się tu takiego systemu: jeśli po upływie 5—6 dni po zaszczepieniu nie ukazywała się hodowla,

[1]) Ref. Centralblatt für Bacteriologie u. Parasitenkunde. Band XI. 1892. s. 472.

[2]) Die Microorganismen des Conjunctivalsackes u. die Antisepsis desselben. (Wracz. Nr. 43, 44. 1888). Ref. d. Centralblatt f. Bacteriologie. Band V. 1889. s. 321.

to usuwałem probówkę z termostatu, uważając dany przypadek za wypadły bez skutku; oczywiście w takich probówkach, pozostających już w temperaturze pracowni (15—16° C.) zwykle i później nie pojawiała się hodowla. W razie pojawienia się wyraźnej hodowli na 2gi i 3ci dzień probówkę również usuwano z termostatu i pozostawiano w temperaturze pracowni.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

C. Lombroso und G. Ferrero: **Das Weib als Verbrecherin und Prostituirte. Anthropologische Studien gegründet auf eine Darstellung der Biologie und Psychologie der normalen Weiber. Autorisirte Uebersetzung von Dr. H. Kurella.** Hamburg 1894. 8° 560 str.

Pracę powyższą należy rozdzielić na dwie połowy: jednę stanowiącą własność Lombrozy, drugą własność Ferrera.

Drugą część obejmują ustępy odnoszące się do dziejów i psychologii danego tematu. Stanowią one bezsprzecznie najsłabszą stronę pracy, gdyż czytając te, wprawdzie ponętne rozdziały omawiające kobietę prawidłową, mimowoli budzi się w duszy czytelnika pytanie, jakie znaczenie na tem miejscu może mieć rzecz o okrucieństwie, litości, moralnem poczuciu i t. d. i jakiej wartości dowodem mają być powoływania się i cytowania ustępów z powieści Sacher-Masocha lub Zoli?

Wynik części będącej własnością Lombrozy da się w następujące ująć zdania:

Ponieważ kobieta nie posiada równego mężczyźnie uzdolnienia umysłowego i wszechstronności, przeto też mniej staje się ona skłonną do zbrodni a raczej zbrodniczość jej ukazuje się w skłonności do prostytucyi, stanowiącej niejako równoważnik w pojęciu kryminalistycznem. Skłonności niemoralne są kobiecie wrodzone a niekorzystne stosunki bytu mogą je przeobrazić w niemoralne uczynki. Poczucia cudzej własności kobieta nie posiada a brak tego poczucia nie stanowi nawet u niej objawu zwyrodnienia. Dwa tylko podniosłe uczucia uszlachetniają umysł kobiety, t j. wstydliwość i uczucie miłości macierzyńskiej. Zboczenia w zakresie tych dwóch uczuć, stanowią u kobiety dowód jej zwyrodnienia.

Całość dzieła rozpada się na 4 działy, omawiające kobietę prawidłową, kryminalogię kobiety, patologiczną anatomię i antropometryę zbrodniarek i prostytutek, wreszcie ich biologię i psychologię.

Czy każdy czytelnik zgodzi się z rozumowaniem autorów i do ich zdania się przychyli, przynajmniej wątpić należy.

Dr. Wachholz.

Okulistyka.

Velhagen: **Czy pokrewieństwo rodziców może być przyczyną znacznej myopii potomstwa?**

Oparłszy się na licznych obserwacyach autorów z różnych stron Europy, wypowiedział Stilling twierdzenie, że znaczny stopień niedomiarowości nie jest tak dalece dziedziczny, jak raczej następstwem blizkiego pokrewieństwa rodziców. N. przedsięwziął badania między ludnością Hannoweru, gdzie związki małżeńskie między bliskimi krewnymi są częste. Z pomiędzy 50 osób badanych (ze znaczną myopią) u 40 wcale tego wykazać nie było można; 8 osób nic stanowczego podać nie umiało a tylko 2 razy wykazano blizkie pokrewieństwo rodziców, jednakże u jednej z tych osób można było wykazać bezpośrednią dziedziczność wzroku krótkiego. Pozostaje zatem 1 przypadek, który przecież nie może być uważany za regułę ogólną. (*Klinische Monatsbl. f. Augenheil. Marzec 1894*). *Dr. Brudzewski.*

Czermak: **Modyfikacya kantoplastyki.**

Jakkolwiek przyrząd, który Garépy podał w celu ułatwienia tej operacyi jest bardzo dobry, to przecież jest on zbyt skomplikowany i trudny do oczyszczenia antyseptycznego. C. podaje dlatego małą modyfikacyę kantoplastyki, która ułatwia znacznie wykonanie operacyi. Po rozwarciu szpary powiekowej przez asystenta, chwyta operator napięty kącik zewnętrzny zwykłą zasówką hemostatyczną tak, żeby jedno jej ramię leżało we worku spojówkowym, drugie na skórze, dokładnie w kierunku linii późniejszego przecięcia, jednakże o jakie 2 mm. dalej ku skroni posunięte. Zasuwki nie należy zbyt silnie zaciskać, by nie zmiażdżyć skóry. Następnie odciągnąwszy zapomocą zasuwki zewnętrzne spoidło powiekowe ku przodowi przeprowadza operator trzy nitki nawleczone w zwykłe igły chirurgiczne. Przebija mianowicie od worka spojówkowego jednę igłę przez spoidło tam, gdzie się właśnie ramiona zasuwki kończą, drugą wbija tuż powyżej środka-ramienia zasuwki trzymającego spoidło powiekowe a trzecią poniżej środka ramienia zasuwki, poczem zdejmuje zacisk, rozcina kącik nożyczkami i wiąże odpowiednie końce nitek. Krwotok bywa bardzo mały Jeśli spojówka znacznie jest skrócona, to należy zrobić cięcie zwalniające, blizko zewnętrznego brzegu rogówki i podnosząc ją daleko, choćby do samego kąta zewnętrznego. (*Klin. Monatsblätter f. Augenh. Marzec 1894*). *Dr. Brudzewski.*

Patologia.

Kahane (w Wiedniu): **O żywych pasorzytach, znalezionych we krwi chorych na raka oraz w komórkach rakowych.**

Autor podaje w formie tymczasowego doniesienia główne wyniki pracy, wykonanej w klinice chirurgicznej Mosetiga Moorhofa a mającej na celu wyświecenie etyologii raka. K. badał krew świeżo wyciętych kawałków tkanki rakowej, samą tkankę rakową, również świeżą (w wyjałowionym roztworze fizyologicznym soli kuchennej) oraz krew, wziętą z miejsc odległych od głównego ogniska nowotworu.

We wszystkich przypadkach, które autor badał (liczby tych przypadków nie podaje) znajdywał on we krwi świeżo wyciętej tkanki rakowej małe ciałka, kształtem zbliżone do ameb, mocno łamiące światło i okazujące ruchy samodzielne. Ruchy te były po części rotacyjne, po części zaś niejako żaglujące w jednym kierunku i miały wogóle taki charakter, jak gdyby odbywały się za pomocą pewnych, osobnych narządów ruchowych, jako to rzęsek lub ogonków (*Geisseln.*); nie ustawały one wówczas, gdy już wszystkie ciałka krwi pozostawały w zupełnym spokoju. Autor obserwował bezpośrednio, jak owe poruszające się ciałka wchodziły do czerwonych ciałek krwi i w nich poruszały się w dalszym ciągu. Po upływie pewnego czasu ciałka traciły ruchy a wreszcie obumierały; obumarłszy zaś stawały się nadzwyczaj podobnemi do płytek Bizzozera. Środki antyseptyczne, głównie zaś jodoform, znacznie upośledzały ruchy ciałek.

Zmiany patologiczne, zachodzące w czerwonych ciałkach krwi u osób, cierpiących na raka, przypisuje autor owemu wdrażaniu się ciałek, mocno łamiących światło do erytrocytów.

Powyżej opisane ciałka stanowią zdaniem autora pewną fazę rozwojową pasorzyta raka; dojrzały pasorzyt przedstawia się jako *plasmodium*, podobne do pasorzyta zimnicy. Autor obserwował kilkakrotnie ruchy tego *plasmodium*, nawet po zabarwieniu tego tworu błękitem metylenowym (metodą Rosina); wyraża się o niem jednak z pewnemi zastrzeżeniami, uważając swe badania nad *plasmodium* rakowem za nieukończone. W komórkach rakowych znajdywał autor również owe mocno łamiące światło, poruszające się ciałka. We krwi wziętej z miejsca odległego od ogniska rakowego, np. z palca w przypadku raka szyjki macicy lub w przypadku raka pęcherza żółciowego nie znajdywał ich stale.

W końcu oświadcza autor, że doszedł do pewnych wyników, tyczących się roli, jaką przy powstawaniu raka odgrywają czerwone ciałka krwi; bliższych szczegółów jednak pod tym względem nie podaje.

Jakkolwiek praca Kahanego nie została jeszcze ukończoną, lecz ukazała się dopiero w formie tymczasowego doniesienia, zasługuje ona na uwzględnienie z tego powodu,

że autor miał wykryć żyjący pasorzyt raka a metoda badania, jaką się posługiwał, jest rzeczywiście tak prosta, że mógł był ustrzedz się od wielu błędów, popełnionych przez tych autorów, którzy opierają się wyłącznie na preparatach raka utrwalonych i barwionych skomplikowanemi metodami. Ta prostota metody zachęci zapewne innych badaczów, rozporządzających świeżym materyałem rakowym, do skontrolowania ciekawych wyników pracy Kahanego. *(Centralbl. f. Bact. u. Parasitenkunde 1894 Nr. 12. s. 413).* *K. Klecki.*

Fizyologia.

O powstawaniu kwasu żołądkowego.

(Według odczytu prof. Marcelego Nenckiego w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem).

Do otrzymywania czystego soku żołądkowego używa prof. Nencki dużych psów, którym zakłada przetoki żołądkowe a następnie przetoki przełykowe i przez nie psy odżywia; w ten sposób wyklucza produkty jamy ustnej. Tą drogą otrzymany sok żołądkowy jest zupełnie bezbarwny, ma smak słabo kwaśny, woni całkiem nie ma. Z takiego soku otrzymała pracująca w laboratoryum prelegenta, profesorowa Simanowska przez oziębienie do 0° czystą pepsynę, jako jednorodny osad ziarnisty. Osad ten okazał się ciałem białkowatem, zawierającem 1% chloru, lecz nie zawierającem wcale fosforu; zatem nie jest substancyą nukleinową.

Psom wagi 20—30 kil. można odbierać po 100 do 300 cm. sz. soku żołądkowego bez wpływu na ich zdrowie co 2—3 dni. W laboratoryum są psy, które żyją po 2 i 3 lata.

Ilość wolnego kwasu wynosi u psa 0·5% czyli w 200 cm. sz. gram kwasu. Odjęcie takiej ilości nie jest obojętnem dla ustroju. Mocz staje się znacznie gęstszym, jego ciężar gatunkowy powiększa się, odczyn ze słabo kwaśnego lub obojętnego staje się wyraźnie alkalicznym. Po dodaniu doń jakiegokolwiek mocnego kwasu wywiązuje się wśród pienienia wolny kwas węglowy, wydzielający się z węglanu sodowego. Uderza, że nerki pomimo to mogą funkcyonować prawidłowo. Białkomocz powstaje tylko w razie zbyt częstego odbierania soku żołądkowego.

Okoliczność, że ilość alkaliów zwiększa się w moczu po odjęciu kwasu żołądkowego, nasuwa myśl, że rzeczywiście kwas solny w żołądku powstaje z chlorku sodu; wszystkie teraźniejsze teorye zjawiska tego nie tłómaczą, nie są więc dostateczne. Simanowska doszła do wniosku, że błona śluzowa żołądka sama jest zdolna dokonać tego rozkładu soli. Badając chemicznie zeskrobaną błonę śluzową żołądków czczych i w czasie trawienia przekonała się, że ilość chlorku sodu w pierwszym razie jest znacznie większa, niż w drugim, w czasie wyrabiania soku żołądkowego.

Dla sprawdzenia własności błony śluzowej żołądka postanowił prof. Nencki zastąpić w pokarmach chlorek sodu przez bromek sodu i przekonać się, jak w tym razie zachowa się organizm.

Pies dostawał mięso, w którem jest mało chlorku sodu, mleko i osobno dla niego pieczony chleb bez soli. Oprócz tego w dawkach stopniowo powiększanych od 2 aż do 7 gramów na dzień bromku sodu, razem przeszło 50 gramów. Po takiej ilości pies znacznie wychudł, podupadł na siłach tak, że obawiając się stracenia psa wstrzymano podawanie bromku. Badany przy tem sok żołądkowy zawierał znaczne ilości (przeszło 0·4%) bromowodoru, obok pewnych ilości kwasu solnego (przeszło 0·3%) tak, że ogólna ilość kwasu przewyższała 0·8%.

Bromowodor znajdowano w soku żołądkowym jeszcze w dwa miesiące i sześć dni po ostatniej dawce bromku sodu. W moczu ani razu nie znaleziono śladu bromu.

Nadmiar wolnego kwasu da się tylko w ten sposób wytłómaczyć, że ciężar drobinowy (cząsteczkowy) bromowodoru jest prawie trzy razy większy, niż chlorowodoru; ilość więc cząsteczek kwasu będzie jednakowa, lecz ciężar bromowodoru znacznie większy.

Ztąd wniosek, że porównywając dawki środków nie należy kierować się ich ciężarem bezwzględnym, lecz ich ciężarem drobinowym.

U psa, którego po przesyceniu bromem zabito, rozebrano chemicznie wszystkie narządy i przekonano się, że najwięcej bromu znajdowało się w nerkach, w błonie śluzowej żołądka i w szpiku kostnym; we wszystkich innych zaś narządach było go stósunkowo bardzo niewiele. U innego psa, który w skutek zbyt wielkich z początku dawek bromku sodu dostał białkomoczu i zginął na zapalenie płuc, stósunkowo wiele bromu było oprócz tego jeszcze i w płucach.

Oczywisty więc jest wniosek, że sprawy odbywające się w ustroju nie podlegają tylko elementarnym prawom fizycznym dyfuzyi i osmozy, lecz że są to o wiele bardziej skomplikowane czynności, że ustrój posiada w niektórych narządach śpichrze potrzebnych sobie materyałów, które w miarę potrzeby może skierować do miejsca spożytkowania, lub po użyciu jako nie potrzebne wydalić. (Za odczyt ten, który ma być w całości ogłoszony w *Gazecie lekarskiej*, podziękowano szanownemu prelegentowi hucznemi oklaskami. *A. S.*

Zapiski terapeutyczne.

Ziemssen. O przetaczaniu krwi (z kliniki lekarskiej w Monachium). Po wielu badaniach i doświadczeniach tak fizyologicznych jak i terapeutycznych podaje autor do wiadomości ogółu wypadki swych najnowszych spostrzeżeń.

Autor używa przetoczenia krwi wprost do żył, obchodząc się bez odwłóknienia jej i bez otwarcia żyły przez cięcie, które grozi niebezpieczeństwem dostania się powietrza do układu żylnego. Sposób przez niego używany polega głównie na tem, iż z zachowaniem prawideł najściślejszej antyseptyki bierze się krew z osoby, która się na to ofiarowała, zapomocą strzykawki szklanej mającej 25 cm. sz. pojemności a zaopatrzonej w wydrążoną igłę, którą wbija się w żyłę pośrodkową (*vena mediana*) i z której po napełnieniu wstrzykuje się krew również do żyły pośrodkowej osoby, której ma się krew wprowadzić. Wprowadzenie igieł do żyły pośrodkowej, obrzmiałej przez poprzednie zaciśnienie ramienia, jest bardzo łatwe i nie przedstawia żadnych trudności nawet, gdy naczynie jest bardzo wązkie. Do operacyi potrzeba trzech pomocników, trzech strzykawek szklanych z odpowiedniemi kaniulami i dużego naczynia z wyjałowionym rozczynem soli kuchennej fizyologicznym (t. j. 0·6%) w ciepłej kąpieli wodnej. Rozczyn ten służy do starannego przestrzykania już użytych strzykawek szklanych w celu jak najdokładniejszego wydalenia z nich fermentu włóknikowego przed każdem następnem napełnieniem. Postępując w ten sposób, można łatwo przetoczyć 200 do 300 cm. sz. krwi, zazwyczaj bez żadnego odczynu ani miejscowego ani ogólnego (w postaci gorączki). Gorączka, jeżeli jest, bywa nieznaczna i mija rychło. Niepokojących objawów autor nigdy nie widział.

Bezpośredniem następstwem przetoczenia krwi w ten sposób jest podniesienie się pełności na twarzy, lekkie zabarwienie różowe skóry i błon śluzowych, tudzież podmiotowe uczucie powiększenia się sił. Z tym imponującym skutkiem bezpośredn.im nie zawsze zostaje w odpowiednim stósunku powiększenie się ilości hemoglobiny i liczby czerwonych ciałek krwi, nawet w razie przetoczenia znacznych ilości krwi. Na czem to polega, trudno jeszcze w tej chwili orzec z pewnością. Hemoglobinuryi nigdy autor nie widział a lekki białkomocz tylko dwa razy. Również we krwi krążącej nie można było wykazać wolnej hemoglobiny.

Według doświadczenia autora korzystny wpływ przetoczenia krwi nawet w małej ilości nie ulega żadnej wątpliwości w ostrej niedokrewności.

O wiele trudniejszą jest odpowiedź na pytanie, czy w ciężkich przypadkach postępowej niedokrewności może przetaczanie krwi przynieść jaki pożytek, co łatwo pojąć, jeżeli się zważy, że nie znamy dokładnie schorzeń narządów krew wytwarzających i że różne sprawy anatomiczne

mogą być przyczyną ciężkiej niedokrewności postępowej. Nowsze spostrzeżenia autora przemawiają tylko za łagodzącem (paliatywnem) działaniem przetaczania krwi.

W tej mierze przytacza autor przypadek u kobiety 38-letniej, dotkniętej ciężką postępową niedokrewnością z 22% hemoglobiny i 1.180,000 ciałek krwi czerwonych obok znacznych zboczeń czynnościowych w przewodzie pokarmowych. *Ex indicatione vitali* wstrzyknięto jej po raz pierwszy 112 cm. sz. krwi nieodwłóknionej bez żadnego odczynu. Poprawa apetytu i całego stanu ogólnego. Ilość hemoglobiny 25%. Po 10 dniach wstrzyknięto znów 112 cm. sz. krwi nieodwłóknionej; hemoglobina doszła do 23%, ilość ciałek krwi czerwonych (w milimetrze sz.) do 1554000. Apetyt poprawił się znacznie a ciężar ciała wzrósł z 26·6 do 36·1 kilogramów. Po dwóch następnych przetoczeniach, razem 194 cm. sz. krwi, ilość hemoglobiny doszła do 36% a ciężar ciała do 38·5 kilogrm.

Stan ten dobry nie utrzymał się jednak długo; odnowiły się zboczenia ze strony przrwodu pokarmowego, którym nie zaradziły trzy dalsze jeszcze przetoczenia tak, iż pacyentka opuściła klinikę, lubo w stanie znacznie lepszym, niż gdy do niej przyszła. W każdym razie przetoczenie krwi przedłużyło życie chorej.

Przetaczanie krwi pod skórę nie wytrzymuje porównania z przetaczaniem wprost do żyły, ma jednak tę zaletę, iż nie potrzebuje wprawnych pomocników. Właczanie wstrzykniętej pod skórę krwi do naczyń limfatycznych wymaga energicznego masowania, które dla swej bolesności nie może odbyć się bez narkozy. Miejsca wstrzyknienia są nieraz bardzo bolesne tak, iż trzeba na nie przykładać pęcherze z lodem, a i gorączka, lubo zwykle mierna, jest częstsza, niż po przetoczeniu wprost do żyły. Ale mimo tego wszystkiego wstrzykiwanie pod skórę nie łączy się z temi gwałtownemi przypadami odczynu po używanych dawniej przetaczaniach krwi odwłóknionej. *(Münchener med. Wochenschrift. 1. Maja 1894)*.

P. Bruns (z kliniki chirurgicznej w Tybindze). O sposobach zakończenia się gruźliczego zapalenia stawu biodrowego w razie leczenia zachowawczego. Na podstawie dokładnych, 40 lat i 600 przypadków obejmujących historyj choroby i ponownego zbadania 200 chorych, pozostałych jeszcze przy życiu a zasięgnięciu o reszcie wiadomości zapomocą lekarzy przekonał się naprzód autor, iż wiele przypadków rozpoznanych jako zapalenie stawu biodrowego w początkach lub zapalenie przewlekłe, było właściwie tylko zagięciem się szyjki kości udowej opisanem po raz pierwszy przez Ernesta Müllera z kliniki autora, które należy do typowych zniekształceń z obciążenia w okresie wzrostu ciała.

Dalej pokazuje się z tych poszukiwań, że zapalenie stawu biodrowego skutkiem zakaźnego zapalenia szpiku w górnym końcu kości udowej jest o wiele pospolitszem, niż to dotąd mniemano, że podobnie, jak zapalenie gruźlicze może odrazu rozpoczynać się i przebiegać przewlekle, że nieraz bardzo trudno odróżnić je od zapalenia gruźliczego, że przebieg jego może być lekki albo ciężki, z ropieniem i tworzeniem się przetok albo i bez nich i że nieraz dopiero dalszy przebieg i zakończenie wyjaśniają prawdziwą jego przyrodę. W zapaleniu stawu biodrowego skutkiem zakaźnego zapalenia szpiku kostnego jest rokowanie o wiele lepsze, niż w zapaleniu gruźliczem tegoż stawu.

Wyłączywszy przeto w ten sposób przez ponowne zbadanie lub z braku wiadomości dostatecznych przeszło 200 przypadków, pozostało się autorowi jeszcze 390 przypadków gruźliczego zapalenia stawu biodrowego, z których leczono 321 w sposób zachowawczy a 69 za pomocą resekcyi.

Pod względem rokowania w razie leczenia zachowawczego pokazało się, że:

1) Zapalenie gruźlicze stawu biodrowego nagabuje prawie wyłącznie dwadzieścia pierwszych lat życia, a mianowicie w pierwszych 10 latach było 48%, w drugich 37%, w trzech tylko 6% przypadków.

2) W 1/3 przypadków niema w zapaleniu gruźliczem stawu biodrowego jawnego ropienia, w 2/3 zaś przychodzi do ropni, przebicia się ich i przetok.

3) Zapalenie gruźlicze stawu biodrowego leczone zapobiegawczo kończy się wyzdrowieniem w 55% przypadków, średnio po 4 latach leczenia.

4) Śmiercią kończy się 40% przypadków, zwykle z gruźlicy innych narządów, jak mianowicie płuc i opon mózgowych, z ogólnej gruźlicy prosowatej a w formie gębczasto-ropnej ze zwyrodnienia skrobiowatego, wyniszczenia skutkiem ropienia lub zakażenia gnilnego. Śmierć następuje średnio po trzech latach choroby.

5) W przypadkach bez ropienia kończy się 77% wyzdrowieniem, w przypadkach zaś z ropieniem tylko 42%.

6) Rokowanie zależy przedewszystkiem od wieku chorych; w pierwszym dziesiątku lat wyzdrawia 65%, w drugim 56%, w trzecim i czwartym 28% a w następnych nic.

7) Wyleczeni z zapalenia gruźliczego stawu biodrowego ulegają później często gruźlicy innych narządów, mianowicie płuc.

Co się tyczy wyleczonych i przy życiu pozostałych, to zbadanie ich po 10, 20 i 30 latach od wyjścia z kliniki przedstawiało w wielu razach obraz nadzwyczaj korzystny; nie tylko bowiem, iż ludzie ci wyglądają nierzadko całkiem zdrowo, ale nawet nieraz nie zasługują na nazwę kalek, ponieważ do pewnego przynajmniej stopnia mogą używać stawu biodrowego i oddawać się pracy w zawodach lżejszych. Wogólności można powiedzieć, że 1/3 przypadków kończy się częściowem, 2/3 całkowitem lub prawie całkowitem zesztywnieniem stawu. W 2/3 jest zgięcie i przywiedzenie, w 1/3 zgięcie i odwiedzenie skurczowej kończyny.

Skrócenie chorej kończyny pochodzi często z wstrzymania wzrostu, jak autor przypuszcza, skutkiem nieczynności, w 4/5 przypadków z wyższego ustawienia się krętarza większego; pozorne skrócenie z wyższego ustawienia miednicy. Średnie skrócenie wynosi 7 cm., dochodząc jednak wcale nierzadko do 10 i 12 cm. Wielu wyleczonych używa obuwia z grubą podeszwą, inni wolą obchodzić się bez niej.

Leczenie owych chorych w ciągu 40 lat było z natury rzeczy rozmaite: naprzód odwodzące, następnie mechaniczne; w małej stósunkowo liczbie przypadków polegało na wstrzykiwaniach jodoformu. W przypadkach ambulatoryjnych było leczenie nieraz tylko bardzo przelotne a i w przypadkach klinicznych często nie trwało nad kilka tygodni lub miesięcy.

Rezultaty leczenia zachowawczego, obejmującego także i najcięższe przypadki, wykazały naprzód, że wbrew mniemaniu Huetera ropienie w stawie biodrowym nie koniecznie musi się zawsze kończyć śmiertelnie, następnie, że po resekcyi śmiertelność nie jest bynajmniej mniejsza a upośledzenie czynności stanowczo znaczniejsze, niż w razie leczenia zachowawczego, które tym sposobem coraz więcej powinno sobie wyrobić uznania, mianowicie, jeżeli się je oprze na zasadach przez autora wypowiedzianych a przedewszystkiem prowadzić będzie długo i systematycznie. Zdaniem autora resekcya wchodzi w swe prawa dopiero w razie nieskuteczności leczenia zachowawczego. (*Deutsche med. Wchschft. 26. Kwietnia 1894*).

— Ze zdania sprawy przedłożonego tegorocznemu zebraniu Towarzystwa chirurgicznego w Berlinie wypada, iż w roku bieżącym dostarczyli chirurgowie niemieccy i zagraniczni dat tyczących się nowych 51.000 znieczuleń tak, iż obecnie Towarzystwo rozporządza materyałem opartym na 151.000 znieczuleń. Jeżeli na tak wielkiej liczbie porównamy ze sobą dwa najpospoliciej używane do znieczulania środki, jak eter i chloroform, to wypada, iż pierwszemu należy się bezwarunkowo wyższość nad drugim. Gdy bowiem na 26.000 znieczuleń eterem przypadł tylko jeden przypadek śmierci i to u osoby mającej wadę zastawkową serca i u której operujący z tej przyczyny zrzekł się chloroformu, to już na 1.924 znieczuleń chloroformem przypadł jeden przypadek śmierci, czyli 14 razy więcej. Z dat tych dalej wypada, iż czystość chloroformu nie zmniejsza

wybitnie niebezpieczeństwa, skoro w szpitalu Charité w Berlinie, gdzie używają najlepszego chloroformu wyrobu Picteta, na 3.100 znieczuleń miano dwa przypadki śmierci.

Do znieczulenia eterem najwięcej używano maski Julliarda, pierwotnej lub zmodyfikowanej i znieczulenia łagodnego używanego przez tegoż Julliarda w klinice genewskiej.

— Przeciwko wypryskowi na rękach operatorów skutkiem używania środków przeciwgnilnych, radzi Lassar działać naprzód zapobiegawczo przez mycie rąk po operacyi wodą i dobrem mydłem a następnie nacieranie, póki jeszcze są wilgotne, mięszaniną złożoną po równych częściach z oliwy, gliceryny, wazeliny i lanoliny. Wyprysk sam radzi L. leczyć według zasad ogólnie przyjętych.

Rotter zaś w tym celu radzi maść:

55) Rp. *Formoli* 0·25—0·50
Zinci oxydati
Talci aa 25·00
Vaselini 50·00

— Przeciwko newralgiom i drgawkom u histeryczek zaleca prof. K. Rokitansky:

56) Rp. *Exti aconiti* 0·10
Exti cannabis indicae 0·50
Lithii bromati 2·00
Argenti nitrici cryst. 0·10
Auri natronato-chlorati 0·05
Argillae q. s.
M. f. l. a. pill. nro viginti.
S. Zażywać po dwie pigułki dziennie.

— W niedokrewności i blednicy osobliwie, jeżeli łączą się z przypadami ze strony serca w postaci słabego i nieregularnego tętna, zapisuje Edlefsen żelazo z kamforą według wzoru:

57) Rp. *Ferri hydrogenio reducti*
Camphorae tritae
aa 6·00
Exti gentianae 5·00
Mucilaginis gummi arab. q. s.
M. f. l. a. pill. nro 90.
S. Zażywać trzy razy dziennie po 2 lub 3 pigułki.

(La semaine médicale. 25. Kwietnia 1894).

V. XI-ty Zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

Do dwóch nader ważnych ulepszeń w organizacyi Zjazdów międzynarodowych, wprowadzonych w Brukselli, a mianowicie podziału na sekcye i urządzania wystawy lekarskiej dodał Zjazd V-ty jeszcze trzecie, zapraszanie na referentów tematów zjazdowych lekarzy z różnych krajów i narodowości. Sposób ten, podnoszący charakter międzynarodowy Zjazdów, wprowadzono już na pierwszym kongresie w Paryżu, jednakże na następnych Zjazdach zarzucono go tak, iż na każdym z nich referenci reprezentowani byli wyłącznie przez siły miejscowe. Zjazd ten V-ty odbył się w r. 1877. na ziemi szwajcarskiej w Genewie, otwarty w wielkiej auli Uniwersytetu przez prof. Karola Vogta, fizyologa. Liczebnie należał on do najmniej udałych, licząc zaledwie 360 uczestników. Miejscem następnego Zjazdu wybrano Amsterdam. W dniu 7. Września r. 1879 otwarto w mieście tem VI. Zjazd międzynarodowy pod przewodnictwem prof. Dondersa z Utrechtu w obecności 630 przybyłych członków. Na tym Zjeździe miał Lister odczyt o wiekopomnej swej metodzie przeciwgnilnego opatrywania ran. Powszechne zainteresowanie wzbudził Virchow mową swą o kształceniu lekarzy, w której wskazywał na ważność nabycia przedewszystkiem wykształcenia ogólno-przyrodniczego, dalej dokładnego poznania patologii, zanim uczący się przejdą do studyów klinicznych.

Z pomiędzy innych tematów zasługują na przypomnienie: odczyt Huetera o zboczeniach w rozwoju kośćca, Beckera o chorobach oczu w związku z lokalizacyą mózgową. Ballet-Gilbert podniósł sprawę nerwic urazowych, do dziś zajmującą uwagę neuropatologów, Rosenstein z Leydy mówił o zmianach w nerkach w chorobie Brighta, Semmola o etyologii tej choroby, Berthrand o wpływie tytoniu na ustrój. Kwestyę uregulowania prostytucyi roztrząsano obszernie, mając referentów w osobach Drysdala, Nartha i Landowskiego.

Ogromny krok naprzód w rozwoju Zjazdów przedstawia VII. Zjazd, który odbył się w roku 1881 w Londynie. Rzeczywiście pod każdym względem wyprzedził on znacznie poprzedników: wielka liczba uczestników (3100), liczne delegacye od całego szeregu państw, obecność najgłośniejszych powag świata lekarskiego, wzorowa organizacya zapewniły londyńskiemu kongresowi niebywałe dotychczas powodzenie. Przewodniczył mu James Paget, na otwarciu obecnymi byli książe Walii i następca tronu niemieckiego (późniejszy cesarz Fryderyk III.); pomiędzy członkami Zjazdu spotykamy nazwiska Charcota, Dondersa, Langenbecka, Listera, Pasteura, Spencer Wellsa, Virchowa. Liczba sekcyi wzrosła do 16-tu; potrzebę powiększenia liczby motywował we wstępnem przemówieniu Paget, wskazując na korzyść z tego dla postępu prac kongresowych. Do najciekawszych należała niewątpliwie sekcya chirurgiczna, w której po raz pierwszy przedstawiono znakomite wyniki, zdobyte dzięki antyseptyce w chirurgii jamy brzusznej. Spencer Wells zdumiewał wynikami swymi po operacyach guzów śródotrzewnowych, Martin i Thornton mówili o operacyach na narządach płciowych w jamie brzusznej, Ollier wyłożył sposoby swoje podokostnowych resekcyj stawów. Obszerną dyskusyę poświęcono w sekcyi medycyny wewnętrznej sprawie lokalizacyi mózgowej przy udziale takich badaczów, jak Charcot, Brown-Séquard, Jackson. Pomijamy szereg innych sekcyj, zawierających mnóstwo ważnych komunikatów, jak n. p. anatomia, akuszerya; na szczególną uwagę zasługują posiedzenia ogólne, na których poruszono sprawy niezmiernej dla nauki doniosłości.

Virchow wypowiedział mowę o znaczeniu dla badań patologicznych doświadczeń na zwierzętach, występując, rzecz prosta, jako gorący obrońca wiwisekcyj, które mają w Anglii nader żarliwych nieprzyjaciół, zamierzających w zapale źle zrozumianego humanitaryzmu wnieść do parlamentu odpowiednie prawo, zabraniające wykonywania doświadczeń na zwierzętach żywych. Pod wpływem słów jego sekcya fizyologiczna w sprawie tej ogłosiła następujące orzeczenie: Zjazd międzynarodowy lekarski w Londynie oznajmia na podstawie głębokiego przekonania, iż doświadczenia na zwierzętach żywych stanowią dla medycyny nabytek ogromnego znaczenia i są koniecznie potrzebne dla dalszego jej rozwoju...; z tych powodów jest zdania, iż zarówno w interesie ludzi, jak i zwierząt nie jest pożądanem wzbranianie ludziom nauki wykonywania rzeczonych doświadczeń. Znakomite badania swoje skreślił Pasteur w odczycie *o teoryi zarodków* i przedstawił wyniki poszukiwań swych nad cholerą kur. Z innych tema-

tów roztrząsanych na tych posiedzeniach wspomnieć należy o odczycie Huxleya o związku pomiędzy naukami przyrodniczemi i medycyną, Raynauda o sceptycyzmie w medycynie, wreszcie Volkmanna o postępach chirurgii w ciągu ostatnich dziesięciu lat.

Dotychczasowy termin dwuletni zbierania się Zjazdów przedłużono o rok jeden, dopiero więc w roku 1884. w Sierpniu otwarto w Kopenhadze VIII. Zjazd lekarski. Przewodniczącym był patolog prof. Panum; lista uczestników wynosiła 1740. Najwybitniejszą chwilą kongresu był odczyt Pasteura o mikroorganizmach chorobotwórczych i o szczepieniu ochronnem, przyjęty nadzwyczaj entuzyastycznie. Zaznaczył on w nim zmiany w poglądach patogenetycznych pod wpływem postępu bakteryologii w ciągu trzech lat od ostatniego Zjazdu. W Londynie, powiedział, nie było prawie jeszcze mowy o pochodzeniu pasorzytniczem chorób zakaźnych; dziś znamy już pochodzenie niektórych z nich i możemy osłabiać ich jadowitość przez odpowiednie szczepienie hodowli; w końcu wspominał o badaniach swych nad wścieklizną.

Obszerna dyskusya toczyła się nad gruźlicą; Weigert mówił o nekrozie koagulacyjnej, Esmarch i Verneuil roztrząsali sprawę wycinania raka odbytnicy, Leloir i Doutrelepont, patogenezę i anatomię patologiczną *lupus vulgaris*.

Na jednem z posiedzeń zaproponował Virchow, aby następny Zjazd odbył się w Berlinie; propozycyi jednak tej nie przyjęto i na zaproszenie Amerykan miejscem IX-go Zjazdu wybrano Waszyngton.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 10. Maja 1894 r.

— VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. W dalszym ciągu zapowiedzieli odczyty i wykłady:

I. W sekcyi chirurgicznej:

Prof. Rydygier: 1) O leczeniu gruźlicy stawów, 2) O leczeniu włókniaków macicy, 3) Doświadczenia dalsze z własnym sposobem tymczasowego wypiłowania kości krzyżowej celem usunięcia raka odbytnicy.

St. Leon Szuman z Torunia: O narkozie eterowej.

Dr. Załoziecki prymar. z Czerniowiec. (Wykład zastrzeżony).

Dr. Ziembicki Grzegorz ze Lwowa: 1) Przyczynek do techniki wycięcia macicy, 2) Wody siarczane w chorobach kości i ich zastosowanie po zabiegach operacyjnych, 3) Niezwykłe okazy nowotworów.

Prof. Dr. Alfred Obaliński z Krakowa. (Wykład zastrzeżony).

II. W sekcyi ginekologicznej:

Dr. Święcicki Heliodor z Poznania: 1) Jakie ma znaczenie badania krwi w chorobach kobiecych, 2) W sprawie etyologii mięśniaków.

Dr. Jerzykowski: O niepłodności skutkiem utajonej rzeżączki.

III. W sekcyi higieny i medycyny sądowej:

Dr. Krokiewicz Antoni ze Lwowa: Teorya kontagionistyczna o powstawaniu i szerzeniu się cholery azyatyckiej wobec doświadczeń poczynionych w Galicyi w czasie cholery w r. 1892 i 1893.

Dr. Krzyżanowski Kalikst ze Lwowa: Zapalenie opon mózgordzeniowych epidemiczne w Galicyi w r. 1893.

— Trzecie zebranie Izby lekarskiej w Krakowie odbyło się dnia 5. b. m. w komplecie wszystkich jej członków.

Na zebraniu tem *a)* przyjęto dla Izby, jej Wydziału i Rady honorowej regulamin, który zostanie niezwłocznie przesłany Namiestnictwu celem uzyskania zatwierdzenia przez Ministerstwo spraw wewnętrznych; *b)* postanowiono wnieść podanie do c. k. Ministerstwa sprawiedliwości o uregulowanie taks sądowo-lekarskich, w myśl wyczerpującego referatu Dra Ign. Schaittera; *c)* uchwalono w zasadzie założenie kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy i ich rodzin, poruczając prof. Drowi Jakubowskiemu wypracowanie projektu w tej mierze i przedstawienie go Izbie na najbliższem posiedzeniu.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Niedawno rozesłał Zarząd szpitala Braci Miłosierdzia w Krakowie wszystkim lekarzom miejscowym zdanie sprawy z czynności swojej i wykaz chorych leczonych w roku 1893.

O ile cieszymy się z widocznego wzrostu i znacznego przybytku chorych w roku ubiegłym, o tyle musimy wyrazić zdziwienie swe, że sprawozdanie, o którem mowa, tyle rażących błędów zawiera. Przytaczamy tutaj tylko kilka ważniejszych, jak n. p. pod rubryką: Nowotwory, pomieszczono rzeżączkę i dymienicę, pod rubryką: Gruźlica, plucie krwią, jak gdyby to była samoistna jakaś choroba; w rubryce: Choroby układu nerwowego, zapalenie mięśni; pod rubryką: Choroby organów trawienia, zapalenie nerek a pod działem: Choroby narządów trawienia, zapalenie krtani lub też w końcu dział: Chorób mięśni zawiera jedną rubrykę: Próchnienie kości. Wiele jeszcze innych błędów lekarskich i językowych moglibyśmy wytknąć; poprzestajemy jednak na tem, w nadziei, że ta nasza uwaga w roku przyszłym usunie te braki i sprawozdanie będzie ułożone naukowo i bez rażących błędów. *Dr. J. S.*

— Umieszczony w poprzednim nrze *Przeglądu lekarskiego* Wykaz zdrojowisk i uzdrowisk klimatycznych i praktykujących w nich lekarzy Polaków, prostujemy i uzupełniamy według nadesłanych teraz doniesień: w Elgersburgu w Turyngii Dr. Barwiński; Dr. Medvey nie praktykuje w Morszynie; w Truskawcu nie Dr. Dekański, lecz Dr. Pelczar; w Cieplicach trenczyńskich na Węgrzech Dr. S. Filipkiewicz.

— Prezydentem VIII. międzynarodowego kongresu higieniczno-demograficznego, odbyć się mającego w bieżącym roku w Budapeszcie od 1. do 9. Września, jest hr. Stefan Karolyi, przewodniczącym komitetu organizacyjnego Karol Kamermayer, radca ministeryalny i burmistrz budapeszteński, przewodniczącym komitetu wykonawczego prof. Dr. Józef Fodor, jeneralnym sekretarzem prof. Dr. Koloman Müller. Biuro jeneralnego sekretarza mieści się do 20. Sierpnia w szpitalu św. Rocha, później w król. politechnice. Składka wynosi 10 złr. od członka i nadaje prawo wstępu na wszystkie posiedzenia tudzież do udziału we festynach i wycieczkach, o ile na nie osobno nie trzeba będzie płacić. Prócz tego każdy członek kongresu ma prawo do egzemplarza rozpraw kongresu.

Panie opłacają tylko po 5 złr., nie otrzymają jednak rozpraw.

O mieszkania po hotelach trzeba zgłaszać się wprost do zarządów hotelowych; co do mieszkań prywatnych, udzieli sekretarz jeneralny wiadomości.

Do wymienionych już dawniej przybyły jeszcze wycieczki do Belgradu i Łaźni Herkulesa, do Mezöhegyes celem obejrzenia stadnin, do Zagrzebia, Rieki i Abbazyi, tudzież do Piszczan.

Paniami przybyłemi na kongres zajmie się osobny komitet dam budapeszteńskich.

Z wykazu odczytów zapowiedzianych na kongres widzimy, iż dział higieniczny obejmuje 437 odczytów w 19 działach, demograficzny zaś 98 odczytów w 7 sekcyach. Z tego spisu, w którym znajdujemy poruszone najżywotniejsze kwestye z zakresu całej higieny i demografii, wyjmujemy następujące nazwiska prelegentów i zapowiedzianych przez nich odczytów: prof. O. Bujwid (z Krakowa): 1) rezultaty szczepienia wścieklizny w Warszawie od 1886 do 1893, 2) o prostym sposobie desinfekcyi, 3) o higienicznej kontroli wodociągów i filtrów piaskowych, 4) o zmianach higienicznych pod wpływem budowy kanałów w ostatnich dziesiątkach lat i zostających z niemi w związku urządzeniach higienicznych, 5) o wpływie wodociągów zbudowanych w ostatnich czasach na stosunki higieniczne większych miast, 6) o badaniu i desinfekcyi wagonów kolei żelaznych, statków, stacyj i podróżnych podczas epidemij; Dr. Okęszyc (z Warszawy) o plasmodyach zimnicy, prof. M. Nencki (z Petersburga) o truciznach bakteryjnych, Dr. Steinhaus (z Warszawy): etyologia raka, Dr. Justyn Karliński o użyteczności i nieużyteczności kwarantan, Krajewski z Chersonu: o szczepieniu zapobiegawczem w wągliku i róży świńskiej.

— W ogólnym poglądzie na odbyty właśnie kongres w Rzymie przyznaje J. Schwalbe w artykule umieszczonym w numerze z dnia

26. z. m. w *Deutsche med. Wochenschrift*, że nie było ładu i składu na kongresie, ale przyczyny tego dopatruje się, łagodząc ostrą krytykę felietonisty E. E., o którym wspomnieliśmy w jednym z poprzednich numerów *Przegl. Lek.*, w braku zdolności organizacyjnych i służbistości u Włochów i zbyt wielkiej ilości przybyłych na kongres, z których większa część zgłosiła się dopiero w ostatniej chwili. Pod względem naukowym kongres zdaniem Schwalbego nie spełnił nadziei z powodu zbyt wielkiej liczby odczytów a ztąd ich jakoby przemełcia tylko na posiedzeniach. Złe tkwi, zdaniem S. także i w wielojęzyczności obrad i rozdzieleniu czynności kongresu na mnóstwo sekcyj; w tej mierze radzi przyjąć dla kongresu tylko jeden język i to francuski, zgodnie ze zdaniem *British medical Journal* a punkt ciężkości przenieść na posiedzenia ogólne a na nich zajmować się tylko ważnemi i doniosłemi sprawami przedstawianemi przez kompetentnych sprawozdawców.

Nie wchodząc tutaj ani w słuszność ani praktyczność poglądów Schwalbego, widzimy i z tego głosu, że urządzenie międzynarodowych kongresów lekarskich potrzebuje znacznej reformy, jeżeli te Zjazdy mają przynosić pożytek rzeczywisty a nie stawać się zebraniami tylko dla przyjemności.

— Wiadomo, iż temperatura wrzenia wody nie jest stała, lecz zmienia się stosownie do ciśnienia; w ogólności powiedzieć można, iż im większe ciśnienie barometryczne, tem i temperatura wrzenia wody wyższa i odwrotnie a ponieważ do wyjałowienia narzędzi chirurgicznych i lekarskich, używa się między innemi wrzącej wody, ze skutkiem, jak wiadomo, bardzo dobrym, przeto prof. okulistyki w Inspruku, Czermak, powziął myśl zbadania, czy i w Inspruku położonym w wysokości 573 metrów nad poziomem morza, w mieście, w którem wrze woda już w ciepłocie 97·5° C., wystarcza zwyczajny sposób desinfekcyi narzędzi wrzącą wodą. Dokładne badania przedsięwziął w tej mierze Dr. Pichler, asystent kliniki okulistycznej a pokazało się z nich, iż tak insprucka temperatura wrzenia wody jak i ogólnie przepisane czasy do desinfekcyi wodą wrzącą zupełnie wystarczają z tej przyczyny, iż używany do wyjałowienia czas nie jest najkrótszym, jakiego do tego celu potrzeba, lecz jest znacznie dłuższym, t. j. ma w sobie pewien współczynnik bezpieczeństwa.

W każdym razie zbadanie tej okoliczności było uzasadnione a byłoby rzeczą i ważną i praktyczną, by i w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach położonych wysoko, jak w Krynicy (589 metrów nad poziomem morza), Szczawnicy (523 m.), Rabce (488 m.), Żegiestowie (490 m.) a osobliwie w położonem najwyżej Zakopanem (942 m.) powtórzono badania dokonane w Inspruku.

— Z jeneralnego zdania sprawy o przebiegu chorób stadnych czyli epizoocyj we Węgrzech w r. 1892 wyjmujemy następujące daty świadczące wymownie o wielkiej wartości szczepienia ochronnego w wągliku i róży świńskiej. Jakoż zaszczepiono w r. 1892 koni 3.838, krów i wołów 54.633, owiec 268.310 i 462 310 swiń. W wielkich oborach, w których zaprowadzono szczepienie pasteurowskie, straty roczne wynosiły niegdyś w procentach 5·6 dla koni i wołów, 10·12 dla owiec a 25 dla świń. W roku 1892 liczby te zmniejszyły do 0·12% dla koni, 0·21 dla wołów, 0·61 dla owiec i 0·45% dla świń, co świadczy najlepiej o olbrzymiej wartości szczepień metodą Pasteura dla stosunków ekonomicznych i napełnia słuszną dumą Francuzów.

— Lekarskie dzienniki amerykańskie donoszą, że w pewnej menażeryi w Stanie Wisconsin zachorował tygrys wśród przypadów, które nakazywały domyślać się zapalenia wyrostka robaczkowatego. Postanowiono uratować mu życie operacyą; w tym celu skrępowano go łańcuchami, założono potężny kaganiec, zrobiono według wszelkich prawideł nowoczesnej chirurgii laparotomią i wydobyto ze schorzałego wyrostka pierścień od lornety teatralnej. Ponieważ podczas operacyi pacyent zachowywał się bardzo niesfornie, zapytuje się inny dziennik, czemu go nie chloroformowano i nie pozwolono w całej pełni korzystać z dobrodziejstw dzisiejszej nauki?

— Na posiedzeniu paryskiej akademii lekarskiej odbytem w dniu 24. Kwietnia b. r. przytoczyli Manouvriez i Brouardel daty odnoszące się do wpływu reform higienicznych na śmiertelność z duru brzusznego w mieście Valenciennes. I tak przed zaprowadzeniem wodociągów wynosiła śmiertelność z duru brzusznego 12 na 10.000, dochodząc podczas epidemii nawet do 32 na 10.000, po zaprowadzeniu wodociągów spadła w latach 1874—1884 do 9 na 10.000 a w ostatnich 10 latach po wybudowaniu kanałów spławnych obniżyła się nawet do 3·2 na 10.0 0. Jestto zdaniem Brouardela wymowny przykład wartości reform higienicznych i ich szczególnego wpływu na dur brzuszny.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich: w *Gazecie lekarskiej* Nrze 4: M. Warman: Przyczynek do leczenia poronień osnuty na tle 250 przypadków (ciąg dalszy). — Z. Dmochowski: O wtórnem cierpieniu jamy noso-gardzielowej u suchotników (dok.). — F. Kijewski: O ropniach podprzeponowych (ciąg dalszy). — W Nrze 5: W. Olechnowicz: Przypadek akromegalii. — M. Warman: Przyczynek do leczenia poronień, osnuty na tle 250 przypadków (dok.). — F. Kijewski: O ropniach podprzeponowych. — W Nrze 6.: Z. Dmochowski i W. Janowski: Rzadki przypadek całkowitego torbielowatego zwyrodnienia wątroby. — F. Arnstein i A. Troczewski: Ciężki przypadek plamicy krwotocznej, wywołanej zakażeniem miejscowem, wikłającem ranę kłutą stopy. — S. Essigman: Przyczynek do sprawy krwotoków po wyrwaniu zęba. — E. Werner: Oczyszczanie wody za pomocą wodanu glinu. — Nrze 7.: A. Elsenberg; Choroba Brigtha pochodzenia syfilitycznego. — J. Neufeld: Parniki odkażające (przyrządy desinfekcyjne). — S. Sterling: Przyczynek do kwestyi poszukiwania lasecznika gruźliczego w plwocinie. — W *Medycynie* w Nrze 4.: J. Szwajcer: Gorączka powrotna w Warszawie w r. 1892. — Leopold Lubliner: Przyczynek do etyologii wyprysku gardzieli. — W Nrze 5.: L. Lubliner: Przyczynek do etyologii wyprysku gardzieli (dok.) — Teodor Heiman: O chorobach ucha sztucznie wywołanych i o głuchocie udanej. Część II. — O. Bujwid i Wł. Palmirski: Sprawozdanie ze szczepień ochronnych według metody Pasteura z pracowni bakteryologicznej w Warszawie. — S. Wolfram: Przypadek tężca o przewlekłym przebiegu. — W Nrze 6. i 7.: Wiktoryn Kosmowski: O wzroście i wadze dzieci klas biednych w Warszawie. — Teodor Heiman: O chorobach ucha sztucznie wywołanych i o głuchocie udanej (c. d.). — Ludwik Czarkowski: Epidemia cholery azyatyckiej w miasteczku Siemiatyczach (gub. grodzieńska) w roku 1893.

— **Nekrologia**. Zmarli: W Korostnem w gubernii woroneskiej Dr. Kazimierz Kosiewicz, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego na dur osutkowy w dniu 24. Kwietnia b. r. — W Permie Dr. Władysław Wyszyński, naczelny lekarz kolei uralskiej. (*Medycyna*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 16. Maja b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Zoll okaże przyrząd wojenny Hessinga; 2) odbędzie się dyskusya nad odczytem kol. prof. E. Korczyńskiego, mianym dnia 18. Kwietnia; 3) kol. Dr. Lud. Korczyński poda: *Kilka uwag o zapaleniu zakaźnem opon mózgowo-rdzeniowych.*

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się list otwarty Dra Głuchowskiego z Rabki.

L. 1294.

KONKURS.

Na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Jabłonowie w powiecie Kołomyjskim położonej rozpisuje się konkurs pod warunkami w §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891 r. Nr. 18. dz. ust. kraj. zastrzeżonemi.

Roczna płaca wynosi 500 złr. oraz na koszta podróży służbowych ryczałt 227 złr.

Lekarz będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Podania mają być wnoszone najpóźniej do 15. Maja 1894 r. do Wydziału Rady powiatowej w Kołomyi.

Kołomyja dnia 19. Kwietnia 1894.

Prezes:

105—3—3 *Kruszelnicki.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.